様式第26号(第15条関係)

　　年度　介護保険負担限度額認定申請書

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

西予市長　　　　　　様

　次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 被保険者番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名 |  | |
| 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　―  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の所在地及び名称  (※) | 〒　　　―  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日(※) | 年　　　月　　　日 | (※)介護保険施設に入所(院)していない場合は、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配偶者の有無 | | 有　・　無 | 左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　課税　・　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | □ | 市町村民税非課税世帯 | | | □ | 非課税年金（遺族年金/障害年金 | | | 預貯金額（夫婦の場合） |
| □ | ・生活保護受給者  ・老齢福祉年金受給者 | | | | | | | 1,000万円  （2,000万円）以下 |
| □ | 年金収入金額（非課税年金含む）＋合計所得金額が80万円以下 | | | | | | | 650万円  （1,650万円）以下 |
| □ | 年金収入金額（非課税年金含む）＋合計所得金額が80万円超～120万円以下 | | | | | | | 550万円  （1,550万円）以下 |
| □ | 年金収入金額（非課税年金含む）＋合計所得金額が120万円超 | | | | | | | 500万円  （1,500万円）以下 |
| 預貯金 | | 円 | 有価証券  (評価概算額) | | | 円 | その他  （現金・負債を含む） | (　　　　　　)※  　　　　　　　円  内容を記入して下さい |

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所 | 本人との関係 |

注意事項

　(1)　この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。

　(2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。(直近から2か月前分まで)

　(3)　裏面の同意書も記入してください。

　(4)　書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上、添付してください。

(5)　虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還して頂くことがあります。

※西予市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| (交付年月日)　　　　年　　月　　日 | (備考)課税　・　非課税  　　　合計所得金額　　　　　円／課税年金収入　　　　　円  　　　利用者負担段階　第　　　　　段階 |
| (適用年月日)　　　　年　　月　　日 |
| (有効期限)　　　　　年　　月　　日 |

（裏面）

|  |
| --- |
| 同　　意　　書  　介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。  また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。  　　　　　年　　月　　日  　　　　＜本人＞  　　　　　　住所  　　　　　　氏名  　　　　＜配偶者＞  　　　　　　住所  　　　　　　氏名 |